

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Paciente: _____

Nome da mãe: _____

Sexo: F M Data de nascimento: ____/____/____

CPF: _____ RG: _____

Médico requisitante: _____ CRM: _____

Hospital/Laboratório: _____ E-mail: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Carimbo e assinatura:

Dados do exame solicitado:

Data da coleta: ____/____/____ Hora da coleta: ____:____ Material: Sangue periférico

Dados clínicos:

Hipótese Diagnóstica (HD): _____

Dados clínicos:

Exame Solicitado: _____

Informações clínicas

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Atraso do desenvolvimento global | <input type="checkbox"/> Surdez | <input type="checkbox"/> Déficit intelectual |
| <input type="checkbox"/> Atraso do desenvolvimento motor | <input type="checkbox"/> Hidrocefalia | <input type="checkbox"/> Fenda labial palatina |
| <input type="checkbox"/> Atraso do crescimento | <input type="checkbox"/> Convulsões | <input type="checkbox"/> Deformidade da orelha |
| <input type="checkbox"/> Baixa estatura | <input type="checkbox"/> Déficit de aprendizagem | <input type="checkbox"/> Frontal proeminente |
| <input type="checkbox"/> Restrição do crescimento intrauterino | <input type="checkbox"/> Problemas comportamentais | <input type="checkbox"/> Genitália ambígua |
| <input type="checkbox"/> Crescimento estrutural exarcebada | <input type="checkbox"/> Espectro do autismo | <input type="checkbox"/> Pé boto/torto |

Outras alterações neurológicas? Quais? _____

Alterações abdominais/Renais? Quais? _____

Alterações endócrinas/metabólicas? Quais? _____

Referente a IT-0032 Controle de Documentos e Registros/ Versão 02

TODOS OS DADOS SÃO IMPRESCINDÍVEIS

Alterações cardíacas? Quais? _____

Alterações craniofacial? Quais? _____

Alterações genitais? Quais? _____

Alterações esqueléticas? Quais? _____

Há histórico familiar de doenças? Quais? _____

Etnia perenteral:

Materna: Caucasiana Afroamericana Indígena Asiática Judia Outro: _____

Paterna: Caucasiana Afroamericana Indígena Asiática Judia Outro: _____

Paciente já realizou outro estudo cromossômico (cariótipo ou outro)? Não Sim

Qual resultado? _____